ITEM 250 : DÉNUTRITION DE L'ENFANT

NB : fiche traitée également avec la fiche LiSA et le collège de pédiatrie et nutrition ainsi que la fiche HAS des dernières reco.

Le jeune enfant est un sujet particulièrement à risque de dénutrition : croissance rapide, faibles réserves, accès autonome à la nourriture limité… Avec des conséquences potentiellement plus délétères que chez l'adulte.

- Épidémiologie : prévalence **10 %** (LiSA) **voire 10-20 %** (Collège de Pédiatrie) des enfants hospitalisés, dont 10 % de dénutrition sévère.
- Seuils différents : limite inférieure normale de l'IMC variant en fonction de l'âge (ex : valeur minimale de 13 à 5–6 ans, 18 à 18 ans) : **IOTF ++.**
- **Courbes de croissance pondérale et staturale** : éléments indispensables pour dépister la dénutrition, déterminer son ancienneté et évaluer son intensité (importance du carnet de santé ++).

CLINIQUE

➔ **Signes de dénutrition et/ou carence.**

- Fonte du pannicule adipeux.
- Fonte musculaire et/ou baisse de l'activité.
- Œdèmes (signes de Kwashiorkor).
- Tb des phanères (rares).

➔ **Signes de malnutrition orientant vers une carence spécifique :** anémie, rachitisme…

SITUATIONS A RISQUE

Toutes les pathologies sévères ou chroniques dans lesquelles les apports ne couvrent pas les besoins nutritionnels :

Par diminution des entrées :

- **Baisse** des **ingesta** (la situation de très loin la plus fréquente, rechercher des régimes particuliers, des TCA, maltraitance).
- **Malabsorption** digestive.

Par augmentation des sorties :

- **Augmentation** des **dépenses** énergétiques totales journalières (ce qui est rare).
- Perte de **substrats** énergétiques.
- Pertes **digestives** (entéropathies exsudatives), **urinaires** (glycosurie, syndrome néphrotique) ou **cutanées** (lésions cutanées étendues dont brûlures).

Importance de repérer ces situations : questionnaires et scores de risques nutritionnels (reposant sur sévérité de la maladie, douleur, appétit…)

Les plus jeunes enfants sont les plus exposés.

DIAGNOSTIC

Critères de dénutrition HAS 2019

Faire le diagnostic de dénutrition : 1 critère de chaque

Critères phénotypiques de l'enfant (< 18 ans) (un seul critère suffit)

· Perte de poids ≥ 5 % en 1 mois.
· Perte de poids ≥ 10 % en 6 mois.
· Perte de poids ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
· IMC < courbe IOTF 18,5 (lien HAS).
· Stagnation pondérale aboutissant à un poids situé 2 couloirs en dessous du couloir habituel (courbe de poids).

Critères étiologiques (un seul critère suffit) :

· Réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins protéino-énergétiques estimés.
· Absorption réduite (maldigestion/malabsorption).
· Situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive.

	Dénutrition modérée (1 critère suffit)	**Dénutrition sévère** (1 critère suffit)
Établir la sévérité	Perte de poids ≥ 5 % et ≤ 10 % en 1 mois. Perte de poids ≥ 10 % et ≤ 15 % en 6 mois. Courbe IOTF 17 < IMC < courbe IOTF 18.5. Stagnation pondérale aboutissant à un poids situé entre 2 et 3 couloirs en dessous du couloir habituel (courbe de poids).	Perte de poids > 10 % en 1 mois. Perte de poids > 15 % en 6 mois. IMC ≤ courbe IOTF 17. Stagnation pondérale aboutissant à un poids situé au moins 3 couloirs en dessous du couloir habituel (courbe de poids). Infléchissement statural (avec perte d'au moins 1 couloir par rapport à la taille habituelle).
Autres méthodes	- Poids rapporté au poids attendu pour la taille (PpT) = Poids/Poids attendu. - Si **PpT < 90 %** : oriente vers une dénutrition. - Situation clinique où poids non fiable (ascite, tumeur volumineuse) : rapport périmètre brachial sur périmètre crânien **-> rapport PB/PC < 0,3** doit faire suspecter une dénutrition.	

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Dg de dénutrition purement **clinique** donc **aucun EC obligatoire.**
- Examens à visée **étiologique** au cas par cas et recherche de déficit associés (vitamines ++).
- Marqueurs bio de dénutrition (albu, pré albu, RBP…) parfois utile dans situation sévère pour **suivi.**

SUPPORT NUTRITIONNEL	Objectifs : - Atteinte d'un poids cible : poids attendu pour la taille = **PpT.** Modalités : ➔ Intestin fonctionnel : - **Alimentation orale fractionnée (AOF)** enrichie ou non, ± **CNO.** - **Nutrition entérale** par SNG ou gastrostomie si AOF insuffisante. ➔ Intestin non fonctionnel : - **Nutrition parentérale** par cathéter central. - Avis en milieu spécialisé indispensable. ➔ Prévention du **syndrome de renutrition inappropriée** par renutrition très progressive et suivi clinique (recherche de **confusion**, **rétention hydrosodée**) et biologique (**hypophosphorémie** : **supplémentation systématique** ++ ; +/- hyperglycémie, hypomagnésémie, hypokaliémie).